

TÉLÉSOINS

DATE : _____

NOM : _____

#DOSSIER : _____

PRÉNOM : _____

NAM : _____

DDN : _____

PROBLÈME DE SANTE :

À COCHER

- MPOC
- INSUFFISANCE CARDIAQUE
- DIABÈTE
- HTA
- SOINS PALLIATIFS

STATUT COVID -19 : POSITIF NÉGATIF À DÉTERMINER

NOM DU MÉDECIN RESPONSABLE :

SIGNATURE : _____

#PERMIS : _____